

Cocher ci-après les cases choisies et remplir très lisiblement en lettres capitales.

Conformément à la réglementation, une copie recto-verso d'un document d'identité en cours de validité du prospect doit être impérativement jointe au présent bulletin (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire, permis de séjour).

Si cette copie ne peut être fournie, le conseiller GPM notera ci-dessous les références de la pièce originale présentée :

Nature de la pièce : ..... délivrée par ..... le ..... à .....

Le cas échéant authentifiée par .....

*L'ensemble des champs du formulaire doit être complété. Le caractère obligatoire des données résulte d'exigences contractuelles et réglementaires. A défaut, votre dossier ne sera pas pris en compte.*

## IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Mme  M.

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Département et commune de naissance : ..... Ville : .....

Situation de famille :  Marié  Célibataire  Divorcé  Concubin  Veuf  Séparé  PACS

**STATUT :**  1<sup>ère</sup> année  2<sup>ème</sup> année  3<sup>ème</sup> année  4<sup>ème</sup> année  5<sup>ème</sup> année

*(Votre adhésion sera validée par l'assureur et vous devrez remplir la déclaration de bonne santé au verso de ce document si votre association ou syndicat, recueille la souscription de moins de 80% des internes concernés).*

SPÉCIALITÉ : .....

**ADRESSE DOMICILE :** .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de portable : ..... Tél. Perso : .....

E-mail de contact (adresse mail à laquelle vous avez accès, que vous consultez régulièrement et qui sera utilisée dans le cadre de la dématérialisation) :

.....

**ADRESSE PROFESSIONNELLE :** HÔPITAL .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

J'accepte que mes données soient utilisées par les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations.

J'accepte que mes données soient transmises aux partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations par voie électronique.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier et aux fins d'exécution de votre contrat, les données à caractère personnel collectées dans ce document seront traitées par AGMF Prévoyance également responsable du traitement et sont destinées à ses mandataires et partenaires contractuels et institutionnels et aux entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité. Sur la base de votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment, vos données sont également utilisées pour vous diffuser des propositions commerciales, informations et animations de la part des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité dont AGMF Prévoyance fait partie et/ou des partenaires contractuels et institutionnels des entités des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité. Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, et dans les conditions qu'elle définit, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives générales ou particulières relatives au sort de vos données à caractère personnel (conservation, effacement, communication, etc.) après votre décès. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à AGMF Prévoyance, Délégué à la Protection des Données, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17 - dpo@gpm.fr en joignant la copie de votre pièce d'identité. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Vous disposez également d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de BLOCTEL. Pour plus d'informations, notamment sur les durées de conservation, vous reporter à l'article « Protection des données » des conditions contractuelles.

## GARANTIES SOUSCRITES

Le contrat collectif comporte une garantie en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'en cas d'incapacité de travail et le cas échéant en cas d'invalidité selon l'option choisie par le groupement souscripteur (voir notice d'information jointe). Un certificat d'adhésion vous sera adressé après enregistrement de votre adhésion.

**VEUILLEZ REMPLIR, DANS TOUS LES CAS LA DESIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES(S) DU CAPITAL DÉCÈS AU VERSO DE CE DOCUMENT. Si vous êtes interne de 2<sup>ème</sup> année ou plus, veuillez remplir également la déclaration de bonne santé au dos au cas où votre association recueillerait la souscription de moins de 80% des internes concernés.**

## DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES\* DU CAPITAL DÉCÈS

Le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ; à défaut les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptés ; à défaut, les ascendants de l'assuré ; à défaut les héritiers de l'assuré.

Date : \_\_\_\_\_

Autres bénéficiaires (préciser le nom, prénom, lieu de naissance et adresse de chaque bénéficiaire, et la répartition du capital)

.....  
.....  
\* La désignation du (des) bénéficiaire(s) peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

## DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ

Je réponds aux questions suivantes :

- 1/ Êtes-vous reconnu en état d'invalidité?
  - 2/ Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'incapacité liquidée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux supérieur à 40% ou êtes-vous en instance d'attribution d'une telle prestation?
  - 3/ Êtes-vous en arrêt de travail pour maladie ou accident?
  - 4/ Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 30 jours?
  - 5/ Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé pendant plus de 5 jours consécutifs?
  - 6/ Êtes-vous bénéficiaire d'une prise en charge à 100% au titre de l'assurance maladie par la sécurité sociale (article L.322-3 3° et 4° du code de la sécurité sociale)?
  - 7/ Avez-vous subi un dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH1 et 2 qui se soit révélé positif?
  - 8/ Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus d'assurance au titre d'un contrat d'assurance sur la vie ou fait l'objet d'une acceptation moyennant surprime ou réserves?
- J'ai pris connaissance des 8 questions qui m'ont été posées ci-dessus et j'ai répondu NON à l'ensemble des questions.
- J'ai pris connaissance des 8 questions qui m'ont été posées ci-dessus, j'ai répondu OUI à au moins l'une des questions. Dans ce cas, il convient de contacter votre conseiller afin d'obtenir un questionnaire de santé.
- Je certifie exactes et sincères les réponses faites ci-dessus, reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans ces réponses entraînera la nullité de l'assurance (article L.221-14 du code de la mutualité) et accepte que les données contenues dans ce document soient collectées, traitées et hébergées par AGMF Prévoyance.

Signature précédée de la mention "Lu et Approuvé"

## SOUSCRIPTION À DISTANCE (à ne compléter que si vous n'avez pas rencontré votre conseiller pour la souscription de ce produit)

- Je demande à ce que mon contrat prenne effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sans attendre l'expiration du délai de renonciation de 30 jours défini aux conditions contractuelles.
- Je souhaite l'application du délai de renonciation de 30 jours défini aux conditions contractuelles.

## DÉMATÉRIALISATION

- Je n'accepte pas de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles de GPM par voie électronique.

La cotisation sera réglée par l'adhérent au groupement souscripteur du contrat collectif, lequel les reversera à l'assureur selon les modalités prévues audit contrat.

- Je déclare avoir reçu documents d'information précontractuelle selon le mode de communication que j'ai choisi un exemplaire de la notice d'information ainsi que les tarifs en vigueur et en avoir pris connaissance.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention "Lu et Approuvé"